ITEM 19 : PROTECTION SOCIALE – CONSOMMATION MÉDICALE

PROTECTION SOCIALE

- **Protection sociale** = ensemble des mécanismes de protection accordés par la société à ses membres pour leur permettre de faire face aux risques sociaux et à leurs conséquences financières
- **Risques sociaux** = situation susceptible de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses : **vieillesse, chômage, maladie**…

Principes

Assurance sociale obligatoire	= Mécanismes de **transfert** de type contribution/prestations - Prémunir les assurés contre une perte de revenus (perte emploi, vieillesse, etc.) - Mutualisation des risques sociaux entre cotisants - Financées par les cotisations sociales prélevées sur les revenus - Réservées à ceux qui cotisent et leurs ayants droit - Absence des limites des assurances individuelles : sélection et tarification en fonction des risques	→ **Allocations familiales**, **pôle Emploi**…
Assistance sociale	= **Solidarité** entre individus pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion - Assure un revenu minimum sans nécessairement couvrir un risque spécifique - Soumises à des conditions de ressources et de besoins - N'obéissent pas à une logique contributive : ne nécessite pas de cotisation préalable de la part du bénéficiaire	→ **RSA**, **Allocation adulte handicapé**…
Protection universelle	= Couvre certaines catégories de dépenses pour tous les individus - Sans conditions de ressources et identiques pour tous	→ **Prestations familiales**…
Prévoyance	= Individuelle ou collective	→ **Epargne, assurance privée, mutualisation des risques**

Prestations de protection sociale

- **Versement de prestations sociales** :
  . En **espèces** = revenu de remplacement : IJ, pension de retraite
  . En **nature** : remboursement de dépenses (soins de santé…), financement direct de services (tiers-payant)
- **Accès à des prestations de services sociaux fournis gratuitement** ou **à des prix réduits** (crèche, cantine, etc.)

→ Dépense de protection sociale = **35% du PIB** en 2020 (pour 25% du PIB en 1980)

Répartition par risque social	- **Vieillesse/survie** = **45%** : retraite… - **Santé** = **35%** : remboursements de soins, indemnités journalières, rentes d'invalidités… - **Maternité-famille** = **10%** : allocations familiales, bourses d'étude… - **Emploi** = **6%** : allocation chômage, formation professionnelle… - **Logement** = **2,5%** : aide personnalisée au logement (APL)… - **Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** = **2,5%** : RSA…
Evolution	- ↗ des prestations sociales plus rapide que la production de richesse nationale : ↗ de la part du PIB - Raisons : (1) élévation des salaires réels au fil des générations (2) arrivée à la retraite des générations du baby-boom qui sont plus nombreuses que les générations actuelles (3) allongement de l'espérance de vie - Les prestations vieillesse et santé représentaient 81% des prestations sociales en 2018 - Stabilité relative de la part de chaque risque social, avec prédominance de la vieillesse/survie et santé

Financement

Cotisations sociales	= Versements obligatoires effectués par les non-salariés, les salariés et les employeurs pour acquérir des droits à des prestations sociales - **Assurance maladie/maternité/invalidité/décès, assurance vieillesse, assurance chômage** et **allocations familiales** - **Contribution solidarité-autonomie** : due par les employeurs publics et privés, redevable de la cotisation patronale d'assurance maladie **Part prépondérante** des ressources de la protection sociale, mais leur poids diminue depuis 1990 au profit des ressources fiscales.

Prestations de protection sociale	*Financement*	**Ressources fiscales**	= **Impôts** et **taxes affectés** : part croissante - **Transferts de ressources fiscales** versées de manière permanente aux régimes de la Sécurité sociale - **Impôts sur les produits** (alcool, tabac, assurance automobile, etc.) - **Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre** - **Impôts sur le revenu et le patrimoine**, dont la **contribution sociale généralisée (CSG)** et la **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)**
		Contributions publiques de l'Etat	- **Financement des dépenses de solidarité** : RSA, fond de solidarité-vieillesse - **Exonération des cotisations employeurs** - **Subventionnent des régimes** : régimes de retraite où le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités
		Evolution	- Cotisations sociales : prépondérante, mais en diminution - Ressources fiscales : en augmentation rapide (CSG) - **Dépenses > Recettes** = **déficit** (aggravé en cas de situation économique défavorable)
	Problématiques		- Evolution démographique avec **vieillissement des populations** - **Flexibilité du marché du travail** : difficultés d'emploi chez les jeunes et les > 50 ans - **Poids de la financiarisation de l'économie** : crise bancaire et économique

SÉCURITE SOCIALE

Historique		- Loi du 9 avril 1898 : **responsabilité automatique de l'employeur en cas d'accident du travail** - Loi du 5 avril 1910 : . **Retraite des ouvriers et des paysans** . **Régime obligatoire d'assurance** pour les salariés du commerce et de l'industrie et les agriculteurs - Loi de 1930 = tentative de **généralisation des assurances sociales** : régime spécial pour les agriculteurs, protection des salariés de l'industrie et du commerce lié à un employeur et recevant un salaire inférieur au plafond d'affiliation, dans 5 domaines de risque (maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès), choix de l'organisme assureur par l'assuré - **Sécurité sociale de 1945** : **couverture des risques sociaux** (hors chômage) pour tout travailleur salarié (puis indépendant en 1966), rôle des **mutuelles complémentaires** de la Sécurité sociale, persistance de **régimes spéciaux** pour certaines profession (agriculteur, EDF, SNCF, mines, fonctionnaires) - **Couverture maladie universelle** : mise en place en 2000
	Gestion de la Sécurité sociale	**Ordonnances Jeanneney** de 1967 : **gestion par les patronats et les syndicats**, de façon paritaire **Ordonnances Juppé** de 1996 : **rôle plus important de l'Etat** -> le Parlement a un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité Sociale (mais porté du contrôle reste limitée) - Etablissement du projet de **loi de financement de la Sécurité sociale (**LFSS) selon les recommandations du HCSP et les conclusions de la Conférence nationale de santé → **LFSS** = compte tenu des prévisions de recettes, fixe un objectif de dépenses ; vise à **la maîtrise des dépenses sociales et de santé** ; pas de portée budgétaire (différent d'une loi de finances) - Parlement : **LFSS** (doit être votée dans les 50 jours), **ONDAM**, **droit de la sécurité sociale, recettes fiscales** (CSG) et **parafiscales** (taxes sur l'alcool, le tabac) → **ONDAM** = montant prévisionnel à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation ; décliné en 6 catégories (soins de ville, établissements sous T2A, personnes âgées, personnes handicapées, autres modes de PEC) ; **suivi** par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie La crise sanitaire a conduit a une forte augmentation de l'ONDAM en 2020 - **Conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion** : signées entre l'Etat et les établissements publics nationaux du régime général - **Caisses nationales** = **statut public** - **Caisses d'échelon territorial inférieur** = **statut privé chargé d'un service public**
Organisation	Régimes	- **Régime général** = **88%** : **salariés, étudiants, bénéficiaires de certaines prestations, résidents** - **Régime agricole**, au sein de la **Mutualité sociale agricole** (MSA) = 5% : **exploitants et salariés agricoles** - **Régime social des travailleurs indépendants** (RSI) = **Depuis le 1er janvier 2018 la protection sociale des indépendants n'est plus gérée par le RSI mais est confiée au régime général de la Sécurité sociale.** + initialement **130 régimes spéciaux** : fonction publique, collectivités territoriales, EDF, GDF, SNCF, RATP, mines… → **réduction** de leur nombre et **rapprochement du régime général (plus que 27 en 2021)**

Organisation	**Régime général des travailleurs salariés**	**4 branches autonomes** (maladie/AT-MP, famille, vieillesse, recouvrement) gérées par une **caisse nationale** (établissement public à caractère administratif) qui coordonne un **réseau de caisses territoriales** (organisme de droit privé en charge d'un service public ; contrôle et tutelle de l'Etat) + 5e branche « autonomie », gérée par la CNSA, en cours de constitution + 2 branches autres assurant des missions communes et transversales ➝ Chaque branche doit assurer l'équilibre financier entre ses recettes et ses dépenses A la tête de chacune des branches est placée une caisse nationale qui coordonne et gère un réseau de caisses territoriales ; Chaque branche de caisse doit en théorie assurer l'équilibre financier entre recettes et dépenses. ➝ La Fédération des employeurs du Régime général de la Sécurité sociale est pilotée par **l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)**	
		Recouvrement	- Caisse nationale : **ACOSS** (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale) au niveau national ➝ Caisse locale : **URSSAF** (Union de recouvrement des cotisations de la Sécurité sociale et d'allocations familiales) au niveau régional ➝ Caisse locale : **CGSS** (caisse générale de Sécurité sociale) chargées de tous les risques dans les DOM
		Famille	- Caisse nationale : **CNAF** : caisse nationale d'allocations familiales ➝ Caisse locale : **CAF** : caisse d'allocations familiales
		Santé	- Caisse nationale : **CNAM** : Caisse nationale d'**assurance maladie** ➝ Caisse locale **CPAM** : Caisse primaire d'**assurance maladie** ➝ Caisse locale **CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de la **santé au travail** ➝ Caisse locale : CGSS
		Retraite	- Caisse nationale : **CNAV** : Caisse nationale d'**assurance vieillesse** ➝ Caisse locale : **CARSAT** : caisse d'**assurance retraite** et de la santé au travail ➝ Caisse locale : CGSS

ASSURANCE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

CNAMTS : risques **maladie**, **maternité**, **invalidité**, **décès** et **accidents de travail/maladies professionnelles**
- Mission principale = **prise en charge des soins** dispensés aux assurés sociaux

Missions	Périmètre d'actes remboursables		= Détermine, avec la MSA, le **périmètre des actes remboursables**, en s'appuyant sur les recommandations médicales et les avis de la HAS - **Médecins-conseils** = **service du contrôle médical de l'assurance maladie** : vérifie la pertinence des soins dispensés, et peut déclencher le cas échéant des procédures de sanction à l'encontre des professionnels de santé et des assurés
	Tarification des actes et niveau de prise en charge		= Possibilité de moduler le **niveau de prise en charge des services, actes ou biens médicaux** et les **outils de tarification** : . **Classification commune des actes médicaux (CCAM)** . **Tarification à l'activité (T2A)** des établissements de santé - Fixés au niveau national par l'**UNCAM** (Union nationale des caisses d'assurance maladie), avec association de **l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire** (UNOCAM)
	Négociations conventionnelles		= Etablissement du **système conventionnel**, qui régit les relations entre les professionnels de santé et l'assurance-maladie - Levier d'action pour évolution de l'**organisation des soins** et des **pratiques professionnelles** → Objectifs de l'avenant à la dernière convention médicale (2021) : - **Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires :** augmentation des tarifs des consultations pour prise en charge des personnes âgées, handicapées, avec des troubles mentaux - Mettre en place une organisation pour faire face aux **soins non programmés** (**service d'accès aux soins – SAS** : chaîne de soins lisible et coordonnée entre acteurs de la ville et de l'hôpital) - **Consolider le parcours de soins** - **Le virage numérique** : usages du numérique, alimentation du DMP
	Autres missions		- **Planification de l'offre de soins** avec les ARS (complémentarité ville-hôpital) - **Prévention et information des assurés** (dépistage des cancers, accompagnement en cas de pathologies lourdes) - **Information des professionnels de santé** (diffusion des recommandations HAS) - **Maîtrise médicalisée des dépenses** : programme pluriannuel de gestion du risque avec les ARS ; discussion avec e CEPS (national) pour la fixation du prix des médicaments
Accès à l'assurance maladie	PUMa - Protection Universelle Maladie		La **PUMa** couvre **les frais de santé de toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière.** Les conditions d'ouverture de droits ont été simplifiées : - Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale ; - Les travailleurs indépendants ont droit à la prise en charge dès le début de leur activité ; - Les personnes sans activité bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France. Objectifs de la PUMa : - Simplifier la vie des assurés : suppression progressive des démarches administratives - Assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé - Réduire au strict nécessaire les démarches administratives - Donner plus d'autonomie et de confidentialité aux assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé **AME :** peut être accordée pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière résidant en France de manière stable depuis plus de 3 mois et sous réserve de remplir les conditions de ressources.
Prestations	*Prestation en espèces*		= Compense les pertes de revenus subies du fait de la cessation de l'activité professionnelle liée à une maladie, un accident ou une maternité : ne bénéficie **qu'aux assurés sociaux** (non aux ayants droit), selon des conditions d'éligibilité, dont une durée minimale de travail salarié
		Incapacité temporaire de travail	Modalités d'instauration et de prolongation : - Prescription par tout **médecin** (ou **sage-femme** ou **chirurgien-dentiste** dans certaines conditions) avec appréciation de l'ITT par le prescripteur - **Avis d'arrêt de travail** à transmettre **à la CPAM** (dans les **2 jours** ouvrables suivant la date d'interruption de travail) et **à l'employeur** - **Prolongation d'arrêt de travail** : possible uniquement par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant (sauf impossibilité dûment justifiée)

Prestations	*Prestation en espèces*	**Incapacité temporaire de travail**	Obligations	- **Abstention de toute activité non autorisée** (rémunérée ou non) - **Respect des heures de sortie** - **Observation des prescriptions** du médecin ➝ **Contrôle** possible par le service du contrôle médical de l'Assurance maladie, avec retenue totale ou partielle des indemnités en cas de non-respect
			Indemnités journalières	= Versées par la CPAM, sous condition de cotisations suffisantes - A compter du **4e jour** d'arrêt de travail = **délai de carence de 3 jours** - Montant : - **50%** du salaire habituel, sans excéder un plafond - Limité à **360 indemnités journalières** pour une durée de **3 ans** consécutifs - Si l'arrêt de travail est en rapport avec une **ALD** ou en cas d'**interruption de travail continue > 6 mois** : période maximale de **3 ans** ± **Indemnités complémentaires versées par l'employeur**
			Reprise du travail	- < 30 jours : sans visite médicale obligatoire - > 60 jours : **visite de reprise** obligatoire dans les **8 jours** après la reprise - > 3 mois : + **visite de pré-reprise** à la demande de l'employé, du médecin traitant, du médecin-conseil ou du médecin du travail
		Maternité		- **Congé légal minimal** indemnisé de **16 semaines** (6 semaines avant accouchement et 10 après accouchement), si immatriculée depuis **> 10 mois** à la date prévue d'accouchement - Modalités plus favorables à partir de la 3e grossesse ou si grossesse compliquée ou gémellaire - **Indemnités par la CPAM** : **salaire journalier moyen** des 3 derniers mois (plafonné)
		Invalidité		= Altération définitive de la capacité de travail et de gain de l'assuré pour raison d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, ou usure prématurée de l'organisme - **Réduction ≥ 2/3 de la capacité de travail ou de gain de la personne** - **Age inférieur à 62,5 ans selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge à la retraite**
			Pension d'invalidité	= Versée à l'expiration de la période maximale d'indemnités journalières de l'assurance maladie = **3 ans** ou lors d'un examen réalisé par médecin-conseil du service de contrôle médical constatant aucune amélioration possible - **1ère catégorie** = capable d'exercer une activité rémunérée : **pension** ou **rente** de **30% du salaire antérieur** (sous limite d'un plafond) - **2nd catégorie** = incapable d'exercer : pension de **50% du salaire antérieur** - **3e catégorie** = obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne dans les actes ordinaires de la vie : **majoration tierce personne** ➝ Versée jusqu'à l'âge de **62 ans** selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge à la retraite
		Décès		- **Capital** versé à certains bénéficiaires (conjoint > enfants > ascendants) - **Pension versée au conjoint si invalide**, sous conditions
	Prestation en nature	= **Remboursement partiel** ou **total des frais engagés** par l'assuré social ou ses ayants droit, ou prise en charge directe en établissement de santé public ou privé - Sur prescription établie par un médecin pour la plupart des biens et services médicaux - Prix des biens et des services fixés par l'autorité ministérielle - Honoraires des médecins fixés par convention nationale entre syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux et les caisses d'assurance maladie au cours des négociations périodiques arbitrées par l'Etat - Actes définis par la **Classification commune des actes médicaux (CCAM)**		
		Frais couverts		- **Médecine générale et de spécialité** - **Soins et prothèses dentaires** - **Pharmaceutique** et **d'appareillage** - **Analyses biologiques médicales** et **examens de laboratoires** - **Hospitalisation et traitement dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation** - **Examen prénuptial** - Afférents aux **vaccinations** dont la liste est fixée par arrêté - Relatifs aux **examens de dépistage** effectués dans le cadre de programmes de santé publique - **Hébergement et traitement des enfants ou adolescents handicapés** dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle - **Transports des malades** sous conditions et limites (selon l'état du malade et le coût du transport)

Prestations — *Prise en charge des soins*

Ticket modérateur

= Part des frais engagés pour les soins qui **reste à la charge de l'assuré social après remboursement par l'assurance maladie obligatoire**
- Objectif de responsabilisation financière des patients (régulation de la consommation de soins)
- Pris en charge totale ou partielle par une **assurance privée** ou une **mutuelle complémentaire**
- **100% Santé** (améliorer l'accès aux soins) : si complémentaire santé responsable ou CSS : soins + large choix en équipements en audiologie, optique et dentaire pris en charge à 100%

Consultation	Dans le cadre du parcours de soins	**70%**
	Hors parcours de soins	**30%**
	Auxiliaires médicaux	**60%**
Médicament	Irremplaçable des affections graves et invalidantes = Vignette blanche barrée	**100%**
	Médicaments à SMR majeur ou important	**65%**
	Médicaments à SMR modéré Préparations médicamenteuses effectuées par le pharmacien quand le médicament n'est pas produit par l'industrie Homéopathie	**30%**

Hospitalisation (public ou privé)	**80%**	**Transport sanitaire**	**65%**
Analyses biologiques	**60%**	**Lunettes Prothèses dentaires ou auditives**	**60%**
Auxiliaire médical (infirmier, kiné)	**60%**		

Exonération du ticket modérateur

→ Le motif de l'exonération doit être indiqué sur la feuille de soins

Lié à la nature de l'affection	- Soins conformes au **protocole ALD** selon la liste des 30 affections ou **ALD 31** - Soins conformes au **protocole polypathologie invalidante (32e ALD)** : nécessitant des soins continus sur une durée prévisible > 6 mois (32e maladie) - **Campagne nationale de prévention** - **Diagnostic et traitement de la stérilité**
Pour tous types de soins	- Bénéficiaire d'une **pension d'invalidité** ou d'une **pension militaire** - Bénéficiaire de la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** - Titulaire d'une **rente d'AT/MP** pour une **incapacité ≥ 2/3** - **Mineurs victimes de sévices sexuels** - Soins en établissement de santé dans les **30 premiers jours de vie** - **Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée**
Par nature du risque	- **Maternité** du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12h après accouchement - **Accident du travail/maladie professionnelle**

Forfait journalier

= **Forfait de participation** aux frais d'entretien et d'hébergement en cas d'hospitalisation = **20€**
- Non pris en charge par l'assurance maladie

Participation forfaitaire

= **Participation de 1€** demandée à chaque consultation, analyse biologique ou acte de radiologie
- Sans dépasser **50€/an**
- **Dispensés** : patients < 18 ans, CSS, AME ou femmes enceintes à partir du 6e mois
- Ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire

Franchise médicale

= Déduite des remboursements au patient : plafonné à **50€/an**, ne peut dépasser **2€/jour** pour des actes paramédicaux ou **4€/jour** pour des transports sanitaires
- **Médicaments** = **0,50€/boîte**
- **Actes paramédicaux** = **0,50€/acte**
- **Transports sanitaires** = **2€/trajet**
- **Dispensés** : patient < 18 ans, CSS ou AME, femme enceinte à partir du 6e mois
- Ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire

Tiers payant

- Dispense l'assuré de l'avance des frais pris en charge par l'assurance maladie.
- Ce dernier **ne paie que le ticket modérateur.**

→ Présentation Carte Vitale + attestation complémentaire santé ou CSS, AME, AT/MP

Prestations — *Prise en charge des soins*

Parcours de soins coordonnés	- **Médecin traitant** pour tout patient > 16 ans, déclaré avec son accord à l'organisme d'assurance maladie (généraliste ou spécialiste, hospitalier ou ambulatoire) ➔ Modification du choix du médecin traitant à tout moment et librement ➔ Rôles : assure les soins réguliers, oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés, gère le dossier médical, assure une prévention personnalisée - **Médecin spécialiste** : majoration du ticket modérateur (70% au lieu de 30%) si le patient n'est pas adressé par son médecin traitant (sauf spécialités à accès direct : gynécologue, ophtalmologue, psychiatre/neuropsychiatre, stomatologue)
Protocole de soins ALD	= Affection comportant un **traitement prolongé particulièrement coûteux** : **ALD 30** (liste établie par décret), **ALD hors liste (31e maladie)** ou **polypathologie invalidante d'une durée supérieure à 6 mois (32e maladie)** - **Exonération du ticket modérateur** seulement pour les soins directement en rapport avec cette affection, selon les recommandations de la HAS - **Protocole de soins :** éléments de diagnostics (diagnostic de la maladie figuré selon le choix du patient), traitements prescrits, consultations spécialisées et examens paracliniques ; doit être conforme aux recommandations HAS et est validé par médecin-conseil AM - **Ordonnance bizone** afin de distinguer les prescriptions en rapport avec l'ALD ; Le patient dispose d'un accès direct aux spécialistes mentionnés dans le protocole de soins - Pour le patient : . Doit présenter son **volet personnel du protocole de soin** . Doit se **conformer au projet thérapeutique** établi . Doit se **présenter aux contrôles et visites médicales de l'assurance maladie**

1 – AVC invalidant 2 – Insuffisance médullaire, cytopénie chronique 3 – Artériopathie chronique évolutive avec manifestation ischémique 4 – Bilharziose compliquée 5 – Insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme, cardiopathie valvulaire ou congénitale grave 6 – Maladie chronique active du foie, cirrhose 7 – Déficit immunitaire primitif grave, infection VIH	8 – Diabète type 1 et 2 9 – Affection neurologique et musculaire grave, épilepsie grave 10 – Hémoglobinopathie, hémolyse chronique sévère 11 – Hémophilie et affection constitutionnelle de l'hémostase grave *12 – HTA sévère ➔ supprimée en 2011* 13 – Maladie coronaire 14 – Insuffisance respiratoire chronique grave 15 – Maladie d'Alzheimer, démence 16 – Maladie de Parkinson 17 – Maladie métabolique héréditaire 18 – Mucoviscidose	19 – Néphropathie chronique grave, syndrome néphrotique primitif 20 – Paraplégie 21 – Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive 22 – PR évolutive et grave 23 – Affection psychiatrique 24 – RCH, maladie de Crohn évolutive 25 – Sclérose en plaque 26 – Scoliose structurale évolutive 27 – Spondylarthrite ankylosante grave 28 – Suite de transplantation 29 – Tuberculose active, lèpre 30 – Tumeur maligne

CONSOMMATION MÉDICALE – ÉCONOMIE DE SANTÉ

Agrégats	**Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)**	= Valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les résidents et non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé = ***3109€/personne*** *en 2020, soit* ***209,2 milliards d'euros*** - **Consommation de soins hospitaliers** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) = **48%** (↗) - **Consommation de soins ambulatoires** (cabinet de ville, consultation externe en hôpital) = **27%** (↗) - **Consommation de médicaments et biens médicaux** (optique, prothèses) = **14%** (↘) - **Consommation de transports sanitaires** = **2%** (↗)
	Consommation de prévention institutionnelle	5,9 milliards d'euros en 2019 *(10 milliards en 2020 -> COVID-19)* → Dépenses de **prévention à caractère individuel** : - **Médecine préventive** de l'éducation nationale - **Service de médecine universitaire** *(SUMPS)* - **Service de PMI** financé par les conseils généraux - **Médecine du travail** - **Service de médecine préventive de l'Etat** (vaccinations obligatoires, etc.) → **Prévention collective** à visée environnementale : hygiène du milieu, lutte contre la pollution, prévention des accidents de travail, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.
	Dépense courante de santé, *sens international* (DCSi)	= dépense de consommation finale de biens et de services de santé, financée ou non par les ménages - Correspond à la DCS, auquel sont retranchés les indemnités journalières et les dépenses de prévention, recherche et formation, et ajoutés les dépenses liées au handicap et la dépendance et les investissements pour la santé ➙ **comparaison internationale** - ↗ de la DTS plus rapide que l'activité économique dans tous les pays européens : ↗ de la part du PIB - **France** = **12,4% du PIB** = **284,5 milliards d'euros**
Déterminants		- **Vieillissement de la population** : dépenses de santé concentrées aux âges extrêmes (< 2 ans et > 65 ans) - **Evolution des structures de morbidité** : ↗ pathologies dégénératives chroniques par rapport aux pathologies aiguës - **Innovation technologique médicale** : obéit à une loi de rendement décroissant (l'innovation conduit à un gain d'efficacité de moins en moins important pour un coût de plus en plus élevé) - **Tendance à la spécialisation et à la technicisation** (réduction de l'incertitude, protection de l'autonomie du praticien) - **Défaut de coordination** (résultant en partie de la spécialisation et de la technicisation) : juxtaposition d'activités très différenciées mais peu coordonnées, conduisant à un défaut d'ajustement de l'offre de soins aux besoins des patients - **Solvabilité de la demande** : amélioration de l'accès aux soins, ↗ de la consommation avec la couverture - **Demande induite par l'offre** : ↗ de l'offre (médecins, lits d'hospitalisation) à l'origine d'une ↗ de la demande
Régulation		→ **Encadrer la croissance** des dépenses de santé et **accroître le niveau d'efficience** du système de santé
	Logique de dissociation	= Dissocier le niveau de prise en charge des tarifs de prestations en introduisant de instruments de copaiement : ticket modérateur, forfait journalier, franchise médicale, participation forfaitaire - Limites : comportements de **renoncement** et de **recours différés** aux soins
	Logique d'encadrement	- De la dépense de soins : vote annuel de **l'ONDAM** par le parlement dans le cadre de la LFSS - De l'offre de soins : ***numerus clausus*** **des professions médicales**, **schémas régionaux de santé (SRS)** intégrés aux **projets régionaux de santé (PRS)** - Des tarifs et volumes : des établissements de soins, médecine de ville et industrie pharmaceutique
	Logique d'incitation	= Faire adopter des comportements : - Aux assurés : **parcours de soins coordonnés** - Aux prescripteurs : observance des **recommandations de pratique clinique**, prescription de **génériques**, **rémunération sur le forfait** et **rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**
	Logique d'évaluation	= Améliorer les pratiques professionnelles et limiter les pratiques inutiles, coûteuses ou dangereuses : **développement professionnel continu** (DPC) et **certification des établissements de santé**
	Logique de coordination	= Accroître la coordination des soins : **dossier médical partagé (DMP), « Mon espace santé », parcours de soins coordonné par le médecin traitant, réseaux de santé**